

Red de Investigación Estudiantil de la Universidad del Zulia
Revista Venezolana de Investigación Estudiantil

REDIELUZ

Sembrando la investigación estudiantil

Vol. 14 N° 1

Enero - Junio 2024



ISSN: 2244-7334
Depósito Legal: pp201102ZU3769



VAC

Universidad del Zulia
Vicerrectorado Académico

ENSAYO

AUMENTO PATOLÓGICO DEL TAMAÑO UTERINO ENTIDAD IMPORTANTE PARA LA SALUD PÚBLICA

Enlarged uterus an important public health entity

Arelis Carolina Prieto Sánchez, Mariangela. Y. Fuenmayor-Oquendo, Jaimary Medina,

Enmanuel. J. Fuenmayor-Fuenmayor

Facultad de Medicina. Escuela de Medicina. Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela
ejffmcbo@gmail.com
Orcid: 0000-0003-0029-0602

INTRODUCCIÓN

El útero, es un órgano hueco dependiente del eje hipotálamo-hipófisis-ovario dividido en tres porciones: cuerpo, istmo y cuello, constituido por tres capas endometrio, miometrio y perimetrio. Encontrándose entre el recto y la vejiga, teniendo como medios de fijación el peritoneo, los ligamentos redondos, rectouterinos, la inserción vaginal, el piso pelviano y el ligamento ancho del útero, el cual envuelve a las trompas de Falopio, teniendo como conteniendo las arterias uterinas y los uréteres, constituyendo un elemento topográfico muy importante al momento de realizar intervenciones quirúrgicas a nivel pélvico. Su función es albergar al producto de la concepción durante la gestación y su posterior expulsión durante el parto.

En relación con lo descrito, el útero sufre modificaciones en su tamaño durante la vida de la mujer, las cuales pueden ser fisiológicas como el embarazo y la menopausia, o patológicas tales como procesos inflamatorios, miomatosis uterina, Ca de Endometrio entre otros. Los principales motivos de consulta que se relacionan con el aumento de volumen uterino patológico, tenemos sangrado uterino anormal, dolor, sensación de peso, incontinencia urinaria, siendo en común para diversas enfermedades ginecológicas. Motivo por el cual se deben utilizar métodos auxiliares como ecografía transvaginal y/o pélvica, tomografía abdominal pélvica y resonancia magnética para el diagnóstico definitivo, permitiendo una conducta terapéutica adecuada e individualizada para la paciente.

Fibromiomas Uterina

De acuerdo a Mattos (2023), neoplasia benigna de origen mesenquimal, que surge a partir de las fibras de músculo liso del útero, que se presenta en mujeres reproductivamente activas. Entre sus características no sufre transformación maligna, es de bordes regulares simétricos, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

Endometrioma Ovárico

De acuerdo a Signorile (2022), el sitio más frecuente de implantación endometrial ectópica es el ovario. El endometrioma ovárico es un marcador de la gravedad de endometriosis profunda. Cuando hay un endometrioma ovárico, el médico debe investigar la extensión de la enfermedad para detectar lesiones de endometriosis profunda graves y multifocales. El endometrioma es una lesión quística de paredes gruesas, que contiene sangre degenerada de cronicidad variable, debido a ciclos repetidos de hemorragia. Pueden ser intraováricos (predominantemente) o paraováricos. Son bilaterales en alrededor del 50% de los casos y la multiplicidad es un hallazgo específico.

Adeniosis interna

Se caracteriza por glándulas endometriales ectópicas y estroma desplazados en el miometrio interno, con la resultante hipertrofia e hiperplasia de las células del músculo liso adyacentes. Puede ser focal, superficial y difusa. El tipo focal, se caracteriza por pequeños quistes intramiometriales con o sin inflamación de la zona de unión miometrial, distribuidos en focos únicos o múltiples. El tipo superfi-

cial, se caracteriza por pequeños quistes difusos diseminados en el miometrio interno, sin inflamación de la zona de unión miometrial. El tipo difuso, se caracteriza por pequeños quistes difusos en el miometrio interno, combinados con la zona de unión miometrial hipertrófica Chapron et al., 2020.

La adenomiosis externa

Se localiza en las capas externas del miometrio, involucrando la serosa y respetando la zona de unión miometrial. Siendo la pared posterior del miometrio el lugar más frecuentemente afectado. En imágenes de RM, muestra engrosamiento irregular y voluminoso del miometrio subseroso, hipointenso en secuencias T2, se asocia a pequeños quistes hiperintensos en T2 y a veces con contenido hepático hiperintenso en T1 Narvárez et al., 2023.

El adenomioma

Se presenta como una lesión heterogénea contenida dentro de la pared del miometrio, que no afecta la zona de unión miometrial ni la serosa uterina. En secuencias T2, se presenta como una masa hipointensa con márgenes mal definidos, mostrando internamente pequeños quistes de alta intensidad o cavidades quísticas hemorrágicas >5 mm hiperintensos en imágenes T1 Krentel(2018).

Figura 1: Útero a través de ecografía pélvica con equipo tiempo real y transductor de 3.5 mhz.



Fuente: Prieto-Sánchez, Fuenmayor-Oquendo, Medina, Fuenmayor-Fuenmayor (2023)

Ecograma pélvico de fecha 01-02-23 (obsérvese figura 1), que reporta, Útero en A.V.F, aumentado de volumen, heterogéneo, bordes irregulares. Dimensión del útero: 190 x 159 x 102 mm vol. 1776 mm aproximadamente ocupado en todo su volumen por mioma intra-mural. Cavidad endometrial secretora mide 6.9 mm. Cuello 34 mm. Ambos Ova-

rios de forma, tamaño y textura ecográfica normal. Ovario Derecho mide: 22 x 18 x 14 mm vol. 3.3 mm Ovario Izquierdo mide: 29 x 23x 21 mm vol. 7.8 mm. No se observaron colecciones intra pélvicas. Conclusión diagnóstica Fibromiomatosis Uterina.

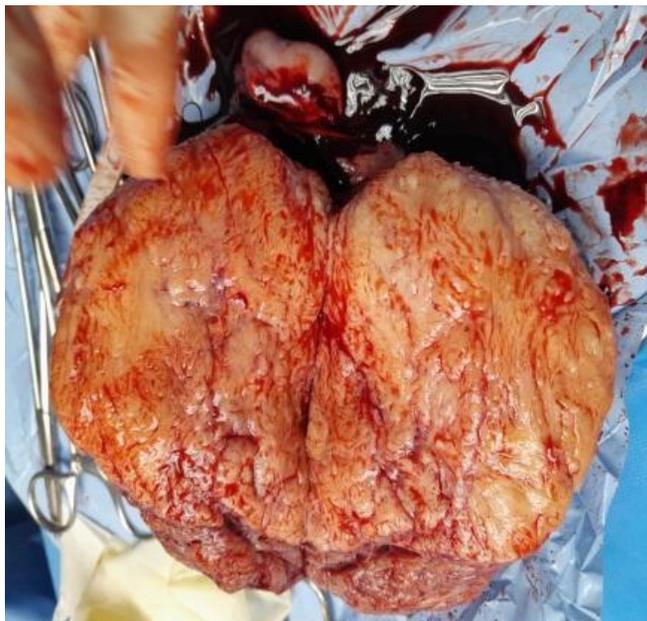
Útero 15.5 cm x 15.5 cm x 12.5 cm, exocérvid de 4cm (obsérvese figura 2), peso de 2300 gr. Al corte longitudinal por su cara anterior (obsérvese figura 3), se observa cavidad endometrial desplazada, endometrio de 0,4cm de espesor, miometrio fibroso con tumoración única nodular subserosa de 14cm x 10cm, blanquecina de aspecto arremolinado y consistencia firme. Ovario derecho de 3.5 cm x 2 cm x 1cm, superficie externa irregular, pardo amarillenta, al corte cuerpo lúteo y cuerpos albicans, trompa uterina de 8.5 cm x 0.5 cm, serosa lisa marrón oscura al corte luz estrellada. Ovario izquierdo que mide 4.5 cm x 4 cm, con múltiples adherencias al cuerpo uterino, superficie externa lisa, pardo amarillenta al corte se observaron dos cavidades quísticas de 2.5 cm x 1 cm y 1.5 cm x 1cm ambas conteniendo material achocolatado.

Figura 2: Útero y anexos adheridos entre si por bandas fibrosas.



Fuente: Prieto-Sánchez, Fuenmayor-Oquendo, Medina, Fuenmayor-Fuenmayor (2023)

Figura 3: Útero y anexos abiertos longitudinalmente.



Fuente: Prieto-Sánchez, Fuenmayor-Oquendo, Medina, Fuenmayor-Fuenmayor (2023)

DISCUSIÓN

El aumento patológico del tamaño uterino, es una entidad que tiene su origen en diversas patologías, que pueden presentarse juntas o aisladas tales como la adenomiosis, endometriosis y la miomatosis uterina, lo que desde punto de vista clínico hace complejo la diagnosis, razón por la cual se hace necesario el uso de métodos auxiliares diagnóstico y los estudios histopatológicos. El estado hiperestrogénico favorece la migración de células endometriales hacia el miometrio en el caso de la adenomiosis, fuera de la cavidad uterina en la endometriosis y en particular contribuye al crecimiento de los miomas uterinos por activación de los factores de crecimiento lo que constituye una de la causas en el génesis de estas neoplasias benignas. Dentro de la presentación clínica; los síntomas usuales son el dolor pélvico, ya sea como dismenorrea, dispareunia y/o dolor pélvico crónico; el sangrado uterino anormal y problemas de fertilidad, alteraciones del patrón evacuatorio en casos avanzado de la enfermedad.

El tratamiento en mujeres que no desean preservar su fertilidad ha sido tradicionalmente la histerectomía. Sin embargo, existen otros tratamientos médicos y menos invasivos que están en desarrollo para aquellas mujeres que no deseen un tratamien-

to radical. Dentro del tratamiento médico se tiene el tratamiento hormonal con anticonceptivos orales que inhiben la liberación de estrógeno, disminuyen la liberación de prostaglandinas y COX-2 disminuyendo la inflamación; este es el tratamiento de primera línea para las pacientes que presenta dismenorrea y hemorragia uterina anormal.

El abordaje y tratamiento de la paciente con aumento del tamaño uterino debe realizarse de manera integral e individualizada sustentado en los métodos auxiliares, teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas y las variables demográficas, debido a los altos costos que supone el hacer uso de ellos. Adicionalmente la pérdida de productividad laboral tiene repercusiones económicas individuales y comunitarias, devenidas del ausentismo laboral por incapacidad producto del cuadro clínico, lo que se convierte en un problema de salud pública.

CONCLUSIÓN

Se trató de una paciente primípara, quien cursaba con hemorragia uterina anormal, dolor pélvico crónico y sensación de peso, cuyo estudio ecográfico reveló útero aumentado de tamaño: fibromiomatosis uterina. Es intervenida quirúrgicamente encontrándose endometrioma con múltiples implantes de endometriosis superficial adherencias densas peritubáricas y periováricas en ovario izquierdo, correspondiéndose con un estadio III de acuerdo a American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Adicionalmente se evidenció adenomiosis, leiomioma miometrial y cuerpo lúteo quístico hemorrágico en ovario derecho, los cuales no se evidenciaban a través de la ecosonografía, a su vez teniendo en común un estado hiperestrogénico marcado.

El aumento patológico del tamaño uterino, debe abordarse de manera individual tomando en cuenta que no es una entidad aislada, sino la simbiosis de diversas patologías estrógeno dependiente, el cuadro clínico no se corresponderá a la severidad del mismo, lo que lleva a estar alerta en aquellas pacientes que son sometidas a cirugía para prevenir en el curso del transoperatorio y postoperatorios complicaciones que puedan afectar la vida de las pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chapron C, Vannuccini S, Santulli P, Abrão MS, Carmona F, Fraser IS (2020), et al. Diagnóstico de adenomiosis: un enfoque clínico y de imagen integrado. *Actualización de Hum Reprod [Internet].*;26(3):392–411. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/humupd/dmz049>.
- Krentel (2018), RL. De Wilde. How to Diagnose and Treat Adenomyosis in Patients with Endometriosis. *J Reproduktionsmed Endokrinol [Internet].*; 15 (5–6)
- Mattos D (2023). Características clínicas de pacientes hysterectomizadas con diagnóstico histopatológico de adenomiosis. Hospital Arzobispo Loayza 2016-2019 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana;
- Narvárez Cervantes DF; Suárez López LF; Abdo Rojas ME; Narvárez Cervantes NB (2023). El rol de la preparación prequirúrgica en miomatosis uterina cervical gigante: Reporte de Caso Clínico. *Metro-Ciencia [Internet].* 31 de marzo de; 31(1):73-80. Disponible en: <https://doi.org/10.47464/Metro-Ciencia/vol31/1/2023/73-80>
- Signorile P.G (2022). Viceconte R., Baldi A. New insights in pathogenesis of endometriosis. *Frontiers in Medicine.*;9. DOI: 10.3389/fmed.2022.879015